FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE N° 707

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Aron HORSCHOWSKI

Né le 27 Mars 1935 à AMBY (Hollande)

Présentée et soutenue publiquement le

IMPORTANCE DES FACTEURS PSYCHIQUES DANS LES ALGIES FACIALES DITES ATYPIQUES

A propos d'une observation

Président : Monsieur DECHAUME (Professeur)

D. P. TAIB
8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°
1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0055

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Aron H O R S C H O W S K I

Né le 27 Mars 1935 à AMBY (Hollande)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

IMPORTANCE DES FACTEURS PSYCHIQUES DANS LES ALGIES FACIALES DITES ATYPIQUES

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

-:-:-

Président : Monsieur DECHAUME (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physysique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VELLE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

MM.

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L) BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	DOGNON (A) DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie medicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		F. de GAUDART d'ALLAINES

	MM.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON(L)
(Cochin	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

MM.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	GABROL (C) GOUINAUD (C) GILLOT (C) OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P) pr.s.ch. ABELANET (R) BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)

	MM.
Médecine légale	DEROBERT (L)pr.s.ch.
	FOURNIER (E)
	GUENIOT (M)
	HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Obstétrique	GRANJON (A)
	HERVET (E)
	Le LORIER (G)
	LEVY (J)
	MORIN (P)
	MUSSET (R)
	ROBEY (M)
	SENEZE (J)
	SUREAU (C)
	THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P)
	DUBOIS (A)
	SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R)
	MEARY (R)
	POSTEL (M)
	RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J)
	PIALOUX (P)
Parasitologie	GOLVAN (Y)
	LAPIERRE (J)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.P)
	CAUCHOIX (J)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.L)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	(Cl.de)GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LEVEQUE (B)
	LOYGUE (J)
	MERCADIER (M)

MM.

Pathologie chirurgicale	NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.P) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK(J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J)
Physique médicale	CHANTEUR (J) GOUGEROT (L)m.conf. pr.s.ch. GREMY (F.)m.conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A) RENAULT (P)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (Mme A.)m.c.agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A)pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P)Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E), LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes parents,

A la mémoire de tous les Miens disparus,

A ma Famille,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur Michel DECHAUME,

Professeur de Clinique Stomatologique à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine,
Stomatologiste des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Henri BARUK,

Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin-Chef à la Maison Nationale de Saint-Maurice,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de nous inspirer le sujet de cette thèse et de nous diriger dans ce travail avec sa grande bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

IMPORTANCE DES FACTEURS PSYCHIQUES DANS LES ALGIES FACIALES DITES ATYPIQUES

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Les algies constituent une part importante de la pathologie stomatologique, tant par leur fréquence que par les problèmes diagnostiques, physiopathologiques et thérapeutiques qu'elles soulèvent.

Ce sont principalement les algies faciales dites atypiques que nous voulons évoquer à propos d'un cas d'algie atypique de la face consécutive à une extraction dentaire.

En effet, il est devenu classique de diviser les algies faciales en trois grands groupes :

1. Les névralgies de la face à douleurs paroxystiques. Névralgie essentielle du trijumeau, bien étudiée par ALAJOUANINE et THUREL et sur laquelle l'accord des différents auteurs semble réalisé.

2. Les algies de la face à douleurs continues. Algies pratiquement toujours symptomatiques d'une lésion locale, régionale ou encore à distance agissant par voie réflexe. La sanction thérapeutique est la suppression de la lésion causale. Elles peuvent se présenter sous forme discontinue, parfois pseudo-paroxystique.

3. Le troisième groupe comprend des algies qui ont donné lieu à des interprétations

différentes selon les auteurs.

Elles sont dénommées sympathalgies par THUREL et ALAJOUANINE qui considèrent que ce sont les filets du système sympathique qui conduisent cette douleur.

De SEZE les considère comme des algies faciales atypiques mais néanmoins sous la dépendance du trijumeau.

RICARD et GIRARD les qualifient d'algies sympathicogéniques. Le sympathique par les troubles vaso-moteurs peut déterminer une douleur mais c'est le trijumeau qui conduit aux centres la perception douloureuse.

SICARD leur attribue le terme de névralgisme facial, BATAILLE les dénomme algies diffuses de la face, le caractère constant et particulier de ces douleurs étant la diffusion.

Il nous a paru intéressant de nous étendre sur les différentes conceptions pathogéniques de ces algies atypiques et de chercher à dégager le rôle des facteurs psychiques dans leur genèse et au cours de leur évolution.

-:-

HISTORIQUE

-:-

Les névralgies de la face semblent avoir été connues d'HIPPOCRATE et d'ARETEE.

Au XVIIIème siècle, elles sont séparées des autres syndromes douloureux régionaux par ANDRE, DOGNER et HOFFMANN, WEPFER et surtout FOTHERGILL en 1882 - CHAUSSIER utilise le premier le terme de névralgie faciale.

Au XIXème siècle, VALLEIX en précise la topographie et TROUSSEAU en complète la symptomatologie en donnant une description clinique complète, insistant sur la réaction motrice qui accompagne la crise douloureuse et propose le terme de "tic douloureux de la face".

Au début du XXème siècle, viennent les travaux de VERGER puis de SICARD, de F. LEVY, de BAUDOUIN. Jusque là les descriptions s'attachent surtout aux formes intermittentes particulièrement douloureuses, mais considèrent les névralgies faciales comme un tout.

SICARD ainsi que BAUDOUIN ont le grand mérite de montrer que deux formes doivent être séparées : l'une à manifestations douloureuses discontinues, est la névralgie essentielle; l'autre, à manifestations douloureuses continues sur laquelle se greffent des paroxysmes, est la névralgie symptomatique. Cette distinction apparaît capitale au point de vue

clinique et thérapeutique.

En 1921, TINEL décrit les "algies sympathiques" de la face.

En 1933, ALAJOUANINE et THUREL consacrent un important travail aux algies de la face.

En 1935, DEPARIS publie une thèse très documentée.

En 1937 à la réunion neurologique internationale consacrée à la "douleur", la névralgie faciale est à nouveau étudiée par BAUDOUIN et SCHAEFFER, GARCIN, DECHAUME, LERICHE.

-:-

OBSERVATION

-:-

(Service du Professeur H. BARUK
Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice).

Madame L.R. âgée de 51 ans vient consulter dans le service, le 19 mars 1956 pour des algies faciales qui durent depuis deux années déjà.

Histoire de la maladie :

La malade raconte que le début des douleurs remonte à 1954 et fait suite à l'extraction d'une dent de la mâchoire inférieure, une prémolaire gauche probablement. La malade a souffert après l'extraction, pendant plusieurs semaines, il lui semblait qu'il restait "un mal" à l'endroit de l'extraction et cet endroit reste sensible.

Elle a alors consulté diverses écoles dentaires et divers spécialistes. On a multiplié les radios des mâchoires sans qu'aucune cause locale ne puisse être trouvée.

En 1955, elle a commencé à s'apercevoir d'une augmentation de volume de la région sous-mentonnière, survenant par intermittence d'ailleurs et remarqué que son cou devenait plus gros. La région sous-mentonnière semble aussi très douloureuse. Elle consulte alors un spécialiste qui lui fait des ondes courtes, probablement de l'ionisation, mais sans résultat.

Par la suite, les douleurs deviennent de

plus en plus violentes et arrivent à irradier sur le sommet du crâne où elles prennent un caractère lancinant.

L'interrogatoire permet de préciser les caractères de la douleur.

A l'endroit de l'extraction, région prémolaire gauche, la douleur est continue, permanente. Elle est ressentie comme une brûlure, elle est également lancinante et constrictive : "ça lance, ça lance ... comme si c'était du feu ... comme si ça ne peut circuler ... une masse douloureuse comme un abcès"... raconte la malade.

Sur ce fond continu se greffent des irradiation paroxystiques qui se font toujours dans le même sens : Le départ est la région prémolaire gauche, à partir de là cette douleur gagne l'autre hémi-arcade, puis la région temporale, puis le sommet du crâne avec sensation de battements; le cuir chevelu est douloureux. Les irradiations se font également dans la nuque et à la région précordiale avec sensation de tristesse profonde et d'angoisse.

Ces douleurs s'accompagnent de gonflement de la région sous mentonnière (oedème) d'hyperesthésie du cuir chevelu. Il ne semble pas y avoir d'autres troubles vaso-moteurs.

Les paroxysmes sont étalés dans le temps, atteignent leur apogée lentement et disparaissent lentement. Il n'y a aucune cause déclenchante, sauf les émotions, la fatigue qui augmentent la douleur.

Examen :

A l'inspection, la figure est ronde, les paupières un peu épaisses. La région sous-mentonnière est un peu infiltrée, graisseuse. Le corps thyroïde est normal, il n'y a pas de goitre.

L'examen de la bouche montre une édentation totale du maxillaire inférieur. Il y a un point douloureux à l'abaisse-langue qui correspond à l'endroit où la prémolaire a été enlevée. La gencive apparaît normale.

La palpation des maxillaires ne montre aucune différence entre les deux hémi-arcades.

La palpation des régions sous-maxillaire et sub-linguale ne montre pas d'adénopathie. On note une infiltration des téguments par de la graisse banale.

L'examen des nerfs craniens : les mouvements des globes oculaires sont normaux, les pupilles régulières, égales. Le réflexe photomoteur est normal à la convergence et à l'accomodation. Il n'y a pas de nystagmus.

L'audition paraît normale.

Les réflexes ostéo-tendineux des membres supérieurs et inférieurs sont normaux. Le cutané plantaire est en flexion.

L'aspect général de la malade est un peu adipeux.

Les règles sont suspendues depuis trois ans. Le coeur est normal. Il n'y a aucun autre trouble à signaler par ailleurs.

Antécédents :

En 1914, en Pologne, a eu le typhus exanthématique avec alopécie.

Quitte la Pologne en 1930 et vient à Paris.

Importants traumatismes psychogènes dus à la guerre : persécutions, déportation.

Depuis la libération s'ajoutent des chocs familiaux. Un frère auquel elle était très attachée est mort en déportation ; un autre est mort ici dans le service. Une mésentente conjugale finit par entraîner le divorce.

Cette accumulation de chocs psychologiques retentit fortement sur l'équilibre psychique de la malade et l'amène à consulter en 1951 pour des hallucinations auditives et visuelles qui ne se sont pas reproduites depuis. Cependant, l'état anxieux, des cauchemars, de l'insomnie persisteront pendant toute l'évolution ultérieure.

Evolution :

La malade a été suivie de 1956 à 1961 pour les mêmes phénomènes algiques qui ne subissent que peu de modifications.

En 1957, la douleur devient une crampe dans la nuque qui empêche la malade de poser la tête sur l'oreiller. La douleur dure une à deux semaines puis cesse quelques jours, mais incomplètement. La fatigue et les émotions augmentent la douleur. En même temps la malade se plaint d'angoisse, d'insomnie de la deuxième partie de la nuit, de cauchemars. Elle a d'autre part des bouffées de chaleur qui lui sont agréables car

elles diminuent momentanément la douleur.

La malade est adressée au Dr. MATHIEU à la Salpétrière pour traitement physiothérapique. De plus, elle reçoit un traitement avec Atarax, Euphytose, Vériane et extrait ovarien qui ont un effet très heureux.

En 1958, les douleurs sont de plus en plus violentes et s'accompagnent d'une vive angoisse. Toutes les émotions accroissent la douleur. Toujours douleur locale au niveau de l'extraction avec irradiation céphalique à type de battements.

La malade reçoit des tranquillisants et de l'extrait ovarien, elle est très améliorée par ce traitement, cependant les douleurs ont tendance à réapparaître au réveil et avec les émotions et les contrariétés.

En 1959, la malade est revue pour les mêmes phénomènes.

Le 20 juin 1961, date de la dernière consultation, également les mêmes douleurs. Elle a consulté dans le service de stomatologie de l'Hôpital Saint-Louis où on lui a fait une infiltration locale, sans résultat semble-t-il. Les algies persistent et s'accompagnent par moments d'un léger oedème sous mentonnier.

En conclusion :

Il s'agit d'une malade qui à la suite d'une extraction dentaire présente une douleur faciale à irradiations larges, sans systématisation neurologique et qui s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs. Elle survient chez une malade ayant des antécédents

psychiatriques : chocs affectifs nombreux avec anxiété résiduelle et cette douleur est fortement influencée par l'état émotionnel de la malade au cours de son évolution extrêmement prolongée.

On peut discuter les rôles réciproques des facteurs locaux comme l'irritation sympathique (sympathalgie, causalgie) et des facteurs psychiques qui peuvent jouer un rôle dans la genèse et l'évolution de telles algies.

-:-

DISCUSSION

-:-

I - Le syndrome local d'irritation du sympathique

a) Les Sympathalgies

Ce sont des algies faciales qui s'opposent cliniquement à la névralgie paroxystique, qui sont attribuées à une irritation du système sympathique et qui surviennent généralement sur un terrain prédisposé que l'on peut qualifier de "dystonie neuro-végétative".

A - IMPORTANCE DES TROUBLES ENDOCRINO-SYMPATHIQUES

L'activité des glandes endocrines est étroitement intriquée avec les fonctions du sympathique. Et les perturbations du sympathique avec les troubles vaso-moteurs qui en résultent ont été largement étudiées à la base de bien des névroses et des psychoses de certaines algies puis de certains syndromes organiques.

C'est LAIGNEL- LAVASTINE qui souligna l'importance des troubles du sympathique en psychiatrie et les développa dans son ouvrage paru chez Alcan, en 1924, où il étu-

die toute la pathologie du sympathique.

Puis TINEL et SANTENOISE continuèrent cette étude et mettent en évidence les rapports du pancréas avec le système sympathique et les actions de la "vagotonine".

TINEL publie "le système nerveux végétatif en 1937" et décrit les algies sympathiques de la face.

REILLY a étudié le rôle du sympathique dans les perturbations vaso-motrices de la typhoïde et montre l'importance du sympathique dans la régulation des fonctions organiques.

L'étude des "dystonies neuro-végétatives" est capitale non seulement dans les troubles psychologiques qui accompagnent si souvent la causalgie, l'érythromégalie, la maladie de Raynaud, l'acrodynie, l'asthme, mais encore dans les cénesthopathies, la mélancolie et surtout dans les sympathalgies ou algies sympathiques.

B - CARACTERES CLINIQUES DE LA SYMPATHALGIE

Certains caractères cliniques sont particuliers à la sympathalgie et permettent d'en faire le diagnostic :

a) Durée, continuité

La sympathalgie est continue ou survient par crises de longue durée. Le maximum d'intensité est atteint lentement et l'atténuation se fait lentement. Entre les crises, il persiste des sensations désagréables, voire de la douleur.

b) Pas de cause provocatrice

En particulier on ne trouve pas de "trigger zone" qui déclenche les douleurs. Par contre, jouent un rôle important les émotions, les contrariétés, les variations atmosphériques, l'approche des règles ou autres perturbations de la vie génitale chez la femme. Nous étudions plus loin les facteurs étiologiques.

c) Tonalité de la douleur

Certains caractères subjectifs de la douleur la font reconnaître comme douleur du sympathique : la causalgie - sensation de brûlure ; la pulsabilité, les sensations de striction, de gonflement.

d) Topographie de la douleur

Ces sympathalgies se produisent non seulement au niveau du point traumatisé, mais peuvent s'étendre progressivement. C'est là le syndrome extenso-progressif de Barré, ou celui des névralgies irradiées de Tinel.

La topographie est alors régionale. Elle déborde très largement le territoire du trijumeau. Elle est souvent bilatérale. Elle irradie à la tête, à la nuque, aux bras. Ce caractère diffus est très caractéristique. Il faut remarquer que la douleur a toujours la même topographie chez un malade donné. Ceci est un des caractères qui permet de la différencier des psychalgies où la douleur est variable d'un jour à l'autre.

e) Troubles vaso-moteurs et sécrétoires associés

Ces troubles sont très variables et signent

l'irritation de filets de sympathique. Aussi se voient-ils également dans la névralgie du trijumeau, car ce dernier nerf contient de nombreux filets sympathiques. Ils se manifestent par de la vaso-dilatation, oedème, hydrorrhée.

f) Aucun signe neurologique objectif

On ne trouve aucune anesthésie dans le territoire du trijumeau. Cependant RICARD et GIRARD signalent une hyperesthésie nette à la pression superficielle dans la zone algique et à la pression des troncs artériels (faciale, temporale). D'autre part, ces auteurs auraient constaté que la pression du bulbe carotidien était nettement douloureuse du côté algique.

C - FACTEURS ETIOLOGIQUES

Les sympathalgies font souvent suite à un traumatisme minime, blessure, écorchure, une intervention limitée. H. BARUK rapporte le cas d'une sympathalgie de la moitié droite de la tête déclenchée par la chute d'un jambon sur le cuir chevelu et d'une sympathalgie faciale à la suite d'un coup de portière (p. 1495 du Traité de psychiatrie).

Très souvent, ces sympathalgies surviennent à la suite d'avulsions dentaires, surtout depuis l'utilisation des analgésiques locaux pour ces avulsions. TINEL rapporte le cas d'une algie sympathique de la face et du cou, consécutive à une avulsion dentaire avec injection d'adrénaline (p. 614 du livre de TINEL).

D - MODALITES EVOLUTIVES

Elles sont extrêmement variables ; il s'agit le plus souvent d'un syndrome d'une singulière ténacité.

Il est important de noter que toute intervention, même minime les aggrave énormément. Il est fréquent de voir ces algies soignées par des infiltrations diverses et en général, après chaque infiltration, le trouble s'accentue et les résultats sont ici inverses de ceux qu'on obtient dans les névralgies ordinaires, qui sont souvent soulagées par ces interventions.

E - FACTEURS PSYCHIQUES

La "dépression psychique" des malades atteints de sympathalgies est tout à fait spéciale ; ces malades se plaignent énormément et de façon pathétique et démonstrative dès qu'ils voient quelqu'un ou dès qu'on leur parle, et ils se calment, en apparence tout au moins, quand ils sont seuls.

Cet aspect des réactions pourrait évoquer l'hypothèse d'un trouble artificiel ou psychogénique. Cette hypothèse est cependant fortement discutable, car ce "caractère psychique" est pour ainsi dire "spécifique" de toute lésion du système sympathique et en quelque sorte expérimental. D'autre part, ces troubles psychonévropathiques des sympathalgies sont radicalement différents des troubles hystériques ou pithiatiques : ils restent complètement rebelles à toute thérapeutique suggestive et résistent d'une façon générale à toutes les variétés de psychothérapies purement techniques (BARUK).

F - FACTEURS TERRAIN

Les sympathalgies surviennent de préférence sur des terrains sensibilisés ou fragilisés : cyclothymie, dépression périodique, certains accès périodiques se manifestent uniquement par une sympathalgie qui disparaît avec la fin de l'accès. Parfois, il s'agit de névropathies constitutionnelles.

Les fatigues, les émotions les favorisent. De même que la ménopause, période favorisant les sympathalgies, troubles vaso-moteurs divers - le terrain allergique également.

On a vu l'importance qu'il faut accorder au terrain somatique de la dystonie neuro-végétative, aux troubles vaso-moteurs et aux troubles endocriniens - BARUK et RACINE ont montré dans le territoire des sensations cénesthopathiques des troubles capillaroscopiques. H.P. KLOTZ a insisté sur les psychoses liées à des endocrinopathies occultes.

G - CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Le pronostic de ces sympathalgies est souvent moins grave qu'il ne paraît, mais il faut une grande patience, une grande bonté associée à la fermeté.

Il faut éviter les interventions locales, mettre le malade au repos dans des conditions psychologiques favorables, car si le malade est résistant aux psychothérapies techniques (psychanalyse - traitement psychosomatique), il est particulièrement sensible à la confiance et à l'autorité du médecin.

Il faut traiter minutieusement les causes

générales susceptibles d'agir sur la vaso-motricité et le système neuro-végétatif : ménopause, troubles endocriniens.

La Physiothérapie peut être très utile : ondes courtes, réflexothérapie - homéopathie - réactivation des capillaires par balnéothérapie.

b) La causalgie

La causalgie est un syndrome d'irritation du sympathique tout à fait comparable aux sympathalgies et qui est à rapprocher de ces dernières tout au moins pour les causalgies post-traumatiques de la face.

- Wein MITCHELL décrivait il y a 90 ans chez les blessés de la guerre de Sécession le curieux syndrome sensitif et trophique qu'il appela : causalgie. Depuis elle a été étudiée surtout par BARNES pour les causalgies des membres.

- Symptômes

Douleur à type brûlure, débordant largement le territoire de distribution sensitive du nerf atteint, exagérée par les mouvements, contacts, le bruit, les émotions.

- Mode d'installation

Très discuté. Pour BARNES : dans plus de 60 p.cent des cas, la douleur apparaît dans les 24 heures qui suivent la blessure, et elle est parfois immédiate. 10 p.cent des cas pour les 2e, 3e jours et deuxième semaine. Les apparitions plus tardives sont rares.

- Durée du syndrome

Variable, de quelques mois à la persistance inchangée pendant de longues années.

Troubles trophiques - Variabilité des troubles vaso-moteurs, sudoraux et thermiques.

- Examen systématique de la sensibilité et de la motricité ne montre que peu de signes.

- Le psychisme enfin de ces malades est discuté, certains pensent qu'il faut une prédisposition spéciale pour développer un syndrome causalgique. D'autres ne voient dans le comportement du causalgique que la répercussion de douleurs vives et prolongées.

- Les lésions responsables

Minutieusement étudiées par BARNES. La causalgie est exceptionnelle après section du nerf - (médian, sciatique). Ce sont les plaies par projectiles passant au contact des nerfs sans les sectionner qui sont de loin le facteur étiologique majeur et la lésion rencontrée est en règle une cicatrice du nerf et autour du nerf ; ce dernier semble avoir été étiré, tordu, mais non sectionné.

- Traitement

La sympathectomie a donné des résultats très favorables, de l'ordre de 80 p.cent de guérisons.

- Fréquence de la causalgie par rapport au nombre de blessures de nerfs observées, elle varie suivant les statistiques de 2 p. cent à 5 p.cent.

II - Les facteurs psychiques des douleurs organiques

Nous allons étudier les facteurs psychiques des douleurs organiques, puis les psychalgies.

I - FACTEURS PSYCHIQUES DES DOULEURS ORGANIQUES

En effet on ne peut séparer la douleur de son contexte mental et la composante psychique intervient dès que le malade ressent la douleur.

Mais qu'est la douleur ? Il est très malaisé de la définir et la plupart des psychologues s'y sont refusés. A. BAUDOUIN écrivait : "Nous n'essaierons pas de donner une définition de la douleur, supposant que chacun connaît par expérience l'état de conscience dont il s'agit".

BOSSUET, à propos de la douleur écrivait : "Ce sentiment, cette émotion importuns, fâcheux, contraires à la nature".

A défaut de définition, nous pouvons au moins retenir que la douleur est un état affectif, psychique et par conséquent sera différemment ressentie et interprétée par les malades. C'est ce que Léon MICHAUX appelle le "terrain mental d'accueil de la douleur organique" variable d'un individu à l'autre.

Les facteurs psychiques sont divers et complexes, nous allons les étudier :

A - Multiplicité des facteurs psychiques de la douleur organique

On peut définir ces facteurs et leur mécanisme par quatre termes :

1) Retentissement

Ce processus, somato-psychique, représente la composante psychique, l'écho affectif des algies organiques.

2) Déclenchement

Ici le processus est psycho-somatique. Il se caractérise par l'amplification ou la révélation, du fait de facteurs affectifs, de douleurs somatiques.

3) Recours

Chez les sujets anxieux, l'anxiété se cherche un thème de cristallisation et le trouve dans des douleurs physiques réelles, préalables, mais habituellement tolérées et que l'anxiété ou la dépression vont décompenser.

4) Mutation

C'est une mutation psychosomatique de facteurs affectifs en douleurs **physiques** anorganiques ; ce sont des algies psychogènes ou psychalgies.

B - Difficultés d'appréciation de la part psychique des douleurs

D'abord se pose le problème de l'authenticité de cette douleur devant la simulation supposée : la sinistrose, les taxicomanies et l'hystérie.

Un deuxième problème est de savoir si la douleur est organique ou psychogène. Le diagnostic est souvent ardu étant donné la complexité des interactions psychosomatiques comme nous allons le montrer.

Voyons maintenant avec plus de détail trois faits importants qui nous aideront à comprendre ces phénomènes.

A - Le terrain mental de la douleur organique

L'inégalité des réactions individuelles devant la douleur est une constatation banale. Elle se ramène essentiellement à des facteurs ethniques, sociaux, psychologiques et psychiatriques.

a) facteurs ethniques

Dans certaines races, la douleur physique s'enrobe dans un contexte affectif bruyant, qui peut même en faire méconnaître l'authenticité.

b) facteurs sociaux

Les différentes classes de la société ne réagissent pas de la même façon à la douleur physique. Alors que le rural et l'ouvrier s'attachent surtout à son retentissement sur le sommeil, l'alimentation. L'intellectuel, l'artiste sont préoccupés avant tout par son retentissement affectif, ses causes. On peut faire intervenir ici ce que LERICHE appelle la culture séculaire de l'émotivité.

c) facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques sont dominés

par la notion d'émotivité. Il est capital de distinguer la douleur inopinée et la douleur prévue, annoncée, et leur inégalité quantitative au profit de la seconde devant des stimuli égaux.

Il faut distinguer le "douillet" dont l'anomalie, dépendant de la sensibilité est l'hyperesthésie, et le "pusillanime" dont la particularité ressortit à l'émotivité, dépend de la peur.

Il est intéressant d'analyser la psychologie du pusillanime devant l'alerte de la douleur. On peut y discerner un élément du passé consistant en une remémoration, en un recours à l'expérience douloureuse, et un élément de l'avenir se concrétisant en une appréhension, en la crainte d'une reproduction des douleurs passées. La pusillanimité va faire oeuvre de synthèse, en établissant une manière de pont entre l'expérience douloureuse et la menace algique.

Voyons maintenant la composante psychique devant la douleur accomplie. Si elle intéresse le présent en réalisant la prise de conscience, elle regarde le passé par l'évocation des anciennes douleurs et l'avenir par la crainte de leur reproduction. La composante psychique sera beaucoup plus importante devant une douleur qui dure ou se répète que devant une douleur d'un instant qui n'a pas de raison de se reproduire.

d) Facteurs psychiatriques

Chez les grands malades d'asile, P. CAMBON a trouvé une dissociation entre la douleur expérimentale et la douleur spontanée, accidentelle et pathologique.

La douleur expérimentale est normale. La douleur spontanée est profondément modifiée et cela par la minimité de la composante psychique, de la prise de conscience. Les auto-mutilateurs fournissent à cet égard des exemples impressionnants.

B - Les exacerbations de genèse émotive des douleurs organiques

Nous envisageons ici les facteurs affectifs amplificateurs et déclenchants de douleurs organiques.

Ils ont été étudiés surtout pour le syndrome thalamique et les douleurs du type sympathalgie (causalgies, douleurs des amputés).

Il faut envisager des facteurs d'association et des facteurs d'exacerbation.

Le facteur d'association réside dans la composante anxieuse de la douleur qui s'explique par la continuité de la douleur. Celle-ci agit par le processus de la prévision douloureuse qui crée une attente angoissante.

Les facteurs d'exacerbation peuvent être sensitifs, sensoriels, et émotifs. Les émotions, particulièrement les contrariétés, les chocs affectifs agissent comme facteurs d'exacerbation de douleurs qui sont habituellement bien tolérées ou même oubliées.

C - Douleurs somatiques de recours chez les anxieux

A - Caractères de la douleur morale des anxieux

Léon MICHAUX définit la douleur morale des

anxieux par la dissonnance idéo-affective : elle se concrétise dans un contraste pénible entre l'affectivité soulevée par la marée anxieuse et l'intelligence qui reste neutre. La douleur morale anxieuse est athématique au départ, contrairement à la douleur émotive thématique provoquée par un incident exogène ;elle est endogène, déterminée par une cénesthésie.

La lutte contre l'anxiété est l'inconsciente recherche d'un rétablissement de l'harmonie idéo-affective, souvent par la recherche d'un thème anxieux sur lequel l'inquiétude peut être fixée.

Il existe ainsi des thèmes sociaux, thèmes affectifs, exhumation de chagrins anciens. Des thèmes physiques enfin qui sont les douleurs somatiques de recours.

B - Les douleurs somatiques de recours

Elles sont très diverses. Il peut s'agir de douleurs actuelles et habituellement tolérées, ou de douleurs anciennes et éteintes et qui sont mobilisées pour fournir un thème à l'anxiété.

Parfois la genèse organique est évidente : ancien traumatisme ; ulcère de l'estomac ancien : il est parfois difficile de dire si les douleurs sont actuelles et réelles ou seulement fictives consistant en la remémoration d'algies anciennes.

Dans d'autres cas, la genèse organique est difficile à affirmer et la douleur résulte alors d'un processus psychosomatique complexe : ceci a été étudié particulièrement pour les migraines, il existe ainsi des

migraines de fuite, des migraines d'échec.

II - PSYCHALGIES - ALGIES DE CONVERSION

A - Considérations physio-pathologiques

Il y a trois problèmes à considérer: le point de départ, le mécanisme de la conversion psycho-somatique, le déterminisme de la localisation algique.

a) le point de départ :

Il est affectif, résidant dans un conflit, un traumatisme moral.

b) la conversion psycho-somatique :

Elle dépend de facteurs physiologiques et psychologiques. Les facteurs physiologiques comportent vraisemblablement des réflexes conditionnels résidant en des sécrétions endocriniennes, notamment cortico-surrénales, déclenchées par les émotions, ainsi que l'ont établi CANNON, SELYE. Ces décharges hormonales déterminent différents troubles fonctionnels.

Les facteurs psychologiques ne sont pas moins complexes. On peut invoquer deux processus : la recherche d'une détente dans un thème, d'autre part un élément de méfiance et de dissimulation qui fait invoquer à certains malades une douleur corporelle là où il n'existe qu'une douleur affective.

c) La localisation de la psychalgie est déterminée elle aussi par des facteurs organiques et psychologiques.

Léon MICHAUX a proposé pour les premiers,

le terme de "méïopragies d'appel". La douleur est attirée par telle ou telle région par des prédispositions organiques ou fonctionnelles ; douleur réelle atténuée, douleur ancienne éteinte, traumatisme ou intervention récente ou ancienne. Ici se pose le problème des états fonctionnels prolongeant des affections organiques ; douleurs réelles ou remémoration de douleurs anciennes réalisant un autophagiat inconscient.

Pour les facteurs psychologiques on invoque le symbolisme et surtout l'imitation : les douleurs par mimétisme d'un parent malade sont très fréquentes.

B - Caractères cliniques des psychalgies

Localisation :

Le plus souvent le siège est erratique, les localisations successives, sans systématisation précise. Cependant dans certains cas, elles peuvent être localisées et posent alors de nombreux problèmes du diagnostic avec des algies organiques à exacerbations émotives.

Modalités :

Les modalités sont variées, exprimées en des termes nombreux et imagés. L'intensité est difficile à apprécier. La confrontation de divers faits objective leurs contradictions. Il y a une discordance entre l'intensité atroce décrite par le malade et l'absence de signes d'accompagnement physiques (grimaces, pupilles) habituels des fortes douleurs. La douleur n'a pas de tonalité particulière, elle est "indéfinissable", ce caractère est peut être la meilleure définition, le cachet propre de la psychalgie.

C - Modalités psychogéniques des psychalgies

Dans leur genèse, il faut attribuer une place importante à l'anxiété, mais il n'est pas toujours facile de distinguer deux processus opposés : l'anxiété qui se projette en psychalgie et les somatalgies organiques qui suscitent l'inquiétude, d'autant plus que les interactions psychosomatiques sont considérables.

On peut ainsi distinguer plusieurs mécanismes psychogènes.

a) La douleur-obsession

On ne doit pas distinguer sous ce nom la douleur qui obsède, mais l'obsession primitive à contenu douloureux. C'est ainsi que le comprennent DUPRE et CAMUS qui y font entrer les "douleurs d'habitude" de BRISSAUD. L'obsession avec sa douleur est une idée parasitaire non intégrée à la personnalité, critiquée par le malade qui en réalise le caractère pathologique. On conçoit ainsi que ces douleurs soient très rares et ne forment qu'une étape évolutive au cours de processus plus complexes comme la dépression mélancolique. En effet, on conçoit mal un obsédé de la douleur, affirmant celle-ci tout en reconnaissant qu'elle n'existe pas.

b) La douleur-délire

Elle se caractérise par la conviction absolue qui s'attache à la douleur à l'opposé de la douleur-obsession. Cette conviction repose sur différents mécanismes psychologiques sur lesquels s'édifie toute idée délirante :

- un trouble psycho-sensoriel : douleurs hallucinatoires du délire

- un trouble du jugement : douleurs interprétatives des paranoïaques
- une création imaginative
- douleurs intuitives comme dans la mélancolie
- douleurs induites par suggestions venant de tiers

c) La douleur-névrose

La douleur repose sur un mécanisme imaginatif, et résulte d'un trouble affectif. Elle peut être d'emblée névrotique ou peut succéder à une douleur organique dont elle adopte le siège et les caractères. Elle rend compte aussi d'algies diverses, le plus souvent des céphalées que l'on observe chez les sujets insatisfaits, inadaptés, et qui disparaissent généralement avec leur cause.

D - Le terrain psychalgique

On retrouve les mêmes troubles neuro-végétatifs, circulatoires et endocriniens que pour les sympathalgies.

-:-

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-:-

RAPPEL DES ALGIES FACIALES

-:-

- Classification -

La classification la plus couramment employée est due à SICARD et BAUDOUIN. Elle comprend :

1) La névralgie essentielle du trijumeau à douleurs discontinues

2) Les algies secondaires ou symptomatiques, en général à douleurs continues

3) Les algies atypiques ou sympathalgies, à douleur continue, généralement considérées comme primitives.

Mais à côté de cette classification physiopathologique, il nous semble plus commode d'adopter la classification clinique de SIGWALD qui comprend :

1) les algies faciales discontinues,
2) les algies faciales continues

tout en sachant que les frontières nosologiques de ces deux groupes sont imprécises.

ALGIES FACIALES DISCONTINUES

A - Névralgie essentielle du trijumeau, ou tic douloureux de la face de Trousseau

Bien étudiée par THUREL, nous n'insisterons pas longuement ici sur ses caractères. Rappelons seulement :

1) la douleur intermittente en éclair,
2) l'intensité atroce de cette douleur
3) la topographie strictement limitée au territoire du trijumeau et unilatérale. Au début elle n'intéresse qu'une branche de subdivision et l'extension peut se faire à la totalité du trijumeau.
4) Le caractère provoqué des crises. La cause provocatrice est particulière à chaque sujet, ce peut être l'excitation d'une zone cutanée dite "trigger zone" de PATRICK, ou "zone gachette" qui déclenche la douleur. Une phase d'inhibition de durée variable fait suite à l'accès.
5) les épiphénomènes moteurs et sympathiques
6) évolution discontinue, des phases de rémission spontanées pouvant durer plusieurs années et s'observant surtout au début de la maladie.
7) guérison par interventions sur le trijumeau, alcoolisations ou neurotomie rétrogassérienne.

B - Névralgies faciales symptomatiques

Algies par lésion irritative, compressive ou envahissante du trijumeau en un point quelconque de son trajet, qui présentent les

caractères cliniques de la névralgie essentielle. Cependant l'examen neurologique peut objectiver des signes déficitaires généralement discrets (abolition du réflexe cornéen). Nous ne nous étendrons pas sur les multiples formes étiologiques et topographiques.

ALGIES FACIALES CONTINUES

Bien que leur expression clinique soit semblable, elles ne constituent pas un bloc homogène. On y distingue les groupes suivants :

- les algies cellulaires
- les algies du zona
- les algies secondaires à une lésion dentaire, nasale, oculaire
- les algies faciales dites atypiques ou sympathalgies
- certains syndromes particuliers (Sluder, Charlin)
- les algies périvasculaires
- les algies faciales réflexes par lésion siégeant à distance

- Les algies continues cellulaires

Elles sont l'expression de certaines lésions intrabulbaires comme la syngomyélie. Elles ont été appelées "douleurs cellulaires" par FOIX. Elles débutent par une paresthésie puis deviennent des brûlures à fond douloureux avec exacerbations paroxystiques. S'accompagnent d'hyperesthésie cutanée, sont aggravées par les émotions, les contacts. Ces douleurs ont beaucoup des caractères attribués aux sympathalgies et s'accompagnent parfois de réactions sympathiques cutanées,

mais elles doivent en être séparées et considérées comme des douleurs cellulaires par atteinte du premier neurone sensitif central, selon la conception de FOIX, ayant beaucoup de similitude avec les douleurs thalamiques.

- Les algies zonateuses

Elles ont beaucoup de caractères subjectifs communs avec les algies cellulaires. Leur ténacité est caractéristique. Il est habituel d'observer les cicatrices du zona.

- La Sympathalgie

Nous en avons détaillé les caractères cliniques, dans la discussion de l'observation.

- Syndromes particuliers

a) Syndrome de Sluder

Syndrome décrit au cours des sinusites sphénoïdales. Manifestations douloureuses plus ou moins permanentes de la région maxillaire supérieure, avec irradiations larges, avec troubles vaso-moteurs (hydrorrhée nasale). La cocaïnisation du ganglion sphénopalatin fait disparaître les crises.

b) Syndrome de Charlin

Attribué au ganglion ciliaire, se traduit par des douleurs oculo-nasales, congestion conjonctivale avec larmoiement, de la rhinorrhée.

c) Névralgie vidienne

Attribuée à l'atteinte du nerf vidien au voisinage du sinus sphénoïdal, cette algie

profonde irradie à l'oreille, à la mastoïde, à la nuque.

d) Syndrome de Monbrun-Benisty

Constitué par une douleur rétro-oculaire, irradiant à l'occiput et accompagnée de vaso-dilatation faciale, de sudation exagérée et d'hyperesthésie cutanée ; l'ensemble survenant dans les mois qui suivent une blessure de l'oeil et de l'orbite.

e) Trijumeau fantôme

Cette algie, étudiée spécialement par COBB et MIXTER, appelée "trigeminal ghost", s'observe après la section du trijumeau par neurotomie ; elle consiste en sensation douloureuse dans l'hémiface correspondante, qui est d'ailleurs anesthésiée par la neurotomie. Dans 3 cas existait un spasme de l'hémilangue avec vaso-dilatation de l'hémilangue au moment de la poussée douloureuse.

f) Causalgie post-traumatique de la face

On voit quelquefois apparaître après un traumatisme de la face, soit après une blessure minime, une algie irradiante dont le point de départ se fait au niveau du traumatisme et qui prend les caractères de la causalgie : chaleur, brûlure, caractère angoissant de la douleur. L'évolution est traînante, l'algie persistant de manière désespérante et résistant aux traitements.

- Les algies périvasculaires

Il s'agit d'un groupe de manifestations paroxystiques au cours desquelles un accès douloureux accompagne des réactions vasomotrices aiguës. Suivant la topographie on

distingue trois types principaux :

a) Algie de l'artère temporale superficielle

Accès intermittent occupant la région temporale. Le début est progressif. La tonalité est causalgique. L'artère est turgescente et on peut en sentir les battements.

b) Algie péricarotidienne

La douleur commence dans la région profonde du cou et irradie à la région temporale, parfois à l'hémiface correspondante. Les caractères causalgique et pulsatile y sont nets.

Ces deux manifestations cèdent à l'infiltration procaïnique périartérielle.

c) Syndrome érythromégalique céphalique (terme créé par HONTON en 1939)

Il consiste en accès de vaso-dilatation céphalique qui se traduit par de la rougeur et de la tuméfaction des téguments, par une sensation de tension douloureuse et pulsatile, par une accentuation des battements artériels. Parfois ce syndrome est unilatéral. Ce syndrome est rare.

- Autres types d'algies céphaliques

  - Névralgie du glosso-pharyngien
  - Névralgie géniculée - exceptionnelle - Individualisée par RAMSAY HUNT.

- Syndrome sympathique cervical postérieur de Barré

C'est une céphalée occipitale à prédomi-

nance unilatérale, avec paroxysmes avec irradiations frontales, nuque, épaules, s'accompagnant de vertiges, de bourdonnements d'oreilles.

Il existerait une forme faciale, une forme pharyngée.

Etiologie. Une arthrose cervicale créant l'irritation du sympathique - les mêmes phénomènes ont été observés après des blessures du sympathique cervical (WEIN MITCHEL L).

°°°

Algies secondaires à une lésion locale dites Algies des spécialistes

Elles sont en dehors du cadre de notre étude et nous ne ferons que les énumérer.

A - Algies d'origine oculaire

Elles sont en général bien localisées à l'oeil et ne peuvent que rarement égarer le diagnostic.

B - Algies d'origine nasale

Les douleurs des rhinites aiguës, des sinusites aiguës, des tumeurs des fosses nasales sont facilement rapportées à leur cause. Il n'en va pas de même des algies dominant la scène clinique, alors que la cause locale n'apparaît pas de prime abord. Elles peuvent être d'origine nasale pure (malformations des fosses, cloisons, cornets) ou d'ori-

gine sinusienne (infection latente avec lésions subaiguës ou chroniques depuis l'état catarrhal jusqu'au mucocèle).

C - Algies d'origine dentaire

a) Souvent la cause dentaire est évidente.

Le stomatologiste en fait alors facilement le diagnostic et le traitement amène la sédation de la douleur.

On distingue les syndromes de l'ivoire, de l'émail, de la pulpe.

b) Par contre la symptomatologie dentaire peut être effacée ou cachée par l'irradiation de la douleur à distance de la cause provocatrice qui ne sera trouvée que par un examen systématique.

1 - Granulomes apicaux

Les granulomes peuvent rester latents et ne se manifester que par des phénomènes névralgiformes variables dans leur intensité et leur durée.

2 - Pulpites chroniques

Elles sont difficiles à déceler. La douleur irradiée peut égarer le diagnostic : otalgie, douleurs péri-orbitaires, douleur de la région sinusienne. On en recherchera les causes : caries méconnues des faces proximales, fêlures de dents hypercalcifiées, réactions pulpaires sous une obturation.

3 - Inclusions dentaires

L'examen radiologique les met en évidence. Généralement l'inclusion dentaire n'entraîne

pas d'algies ; on recherche si le siège de l'inclusion est douloureux au palper.

4 - On peut en rapprocher certains autres syndromes de la cavité buccale

a) Phénomènes névralgiques au cours de l'évolution d'une dent de sagesse

Au cours de la désinclusion on peut observer des phénomènes névralgiformes variables en durée et en intensité, pouvant même irradier à distance. Il faut rechercher par radiographie une pulpite de la dent de 12 ans par ulcération compressive de sa face distale (cf. RUPPE).

b) Algies du lingual

CERNEA et HENNION ont rapporté deux observations de la névralgie et anesthésie du nerf lingual au cours de l'ostéite de l'alvéole de la dent de sagesse inférieure (Revue de Stomatologie, 1944, page 36).

c) Glossodynie

C'est un syndrome névralgique caractérisé par une douleur spéciale siégeant sur le bord de l'organe, dans une région située en avant de la jonction du bord de la langue et du pilier antérieur. La douleur est intermittente ou continue avec paroxysmes, elle est bien localisée. Son intensité et sa tenacité contrastent avec le peu de signes objectifs.

d) Synalgies

Il s'agit d'une perception douloureuse siégeant à distance de la cause primitive - ROUSSEAU-DECELLE distingue :

1) Les synalgies dento-dentaires : les plus fréquentes. Le patient localise la douleur à une dent autre que la dent causale.

2) Les synalgies dento-cutanées : c'est un point douloureux limité à une zone de quelques centimètres d'étendue, véritable aire synalgique. On peut voir apparaître à son niveau de la dépilation : une aire péladique succède à l'aire synalgique.

3) Synalgies dento-muqueuses : les plus fréquentes sont les synalgies dento-narinaires : douleurs très vives, localisées en un point de la muqueuse nasale, survenant à la suite d'une irritation dentaire.

e) Odontalgies d'origine extra-dentaire

Les plus fréquentes sont consécutives à une sinusite maxillaire que l'on recherche avec soin si elle n'est pas évidente.

f) Névralgies des édentés

Surviennent chez les édentés âgés, s'aggravent à chaque extraction. Pour DECHAUME, il s'agit de douleurs analogues à celles du moignon chez les amputés.

g) Algies faciales consécutives à un trouble de l'articulé dentaire

Ces algies sont consécutives au retentissement sur l'articulation temporo-maxillaire d'un mauvais articulé dentaire. Elles ont été étudiées par DECHAUME :

"Elles comprennent des tableaux cliniques infiniment variés mais schématiquement toujours constitués par une ou plusieurs manifestations suivantes : troubles articulaires,

algies faciales, symptômes auriculaires, symptômes salivaires.

Les algies faciales sont extraordinairement fréquentes. Diverses et mal définies, elles déroutent le médecin par la non systématisation de leur topographie, plus vasculaire que nerveuse.

Presque toujours unilatérales, elles partent souvent de la région du condyle, en avant ou en arrière de l'oreille. Elles irradient vers la région temporale, derrière la tête dans la région de la protubérance occipitale externe ou sur les côtés du cou".

Parfois, ces douleurs sont plus localisées (nez, joue, palais, sinus).

L'horaire est très irrégulier, elles surviennent surtout la journée, plus vives parfois le matin au réveil.

Elles procèdent par crises, de durée variable, réunies par un fond de tension peu douloureuse.

Le diagnostic est facile si on pense à examiner soigneusement les articulations temporo-maxillaires.

°°°

Algies faciales réflexes ou projetées par lésion siégeant à distance

Algies faciales d'origine méningée

PENFIELD en 1934, puis GUILLAUME et de SEZE en France, ont montré que certaines douleurs cranio-faciales qui paraissaient ne correspondre à aucun territoire nerveux connu, dont on cherchait l'origine dans les éléments nerveux sympathiques de la face ou que l'on considérait comme manifestations psychiques, pouvaient prendre leur point de départ dans la dure-mère ou dans ses sinus veineux. De telles douleurs ont pu être guéries après excision de cicatrice ou lésion de la dure-mère et du sinus adjacent.

L'on sait que les nerfs sensitifs de la dure-mère et des sinus veineux vont rejoindre le contingent ophtalmique de la racine du trijumeau.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Les algies dites atypiques de la face posent de nombreux problèmes qui sont loin d'être résolus. La plupart des auteurs les attribuent au système sympathique. Elles peuvent être primitives et il s'agit alors de sympathalgies comme le décrivent ALAJOUANINE et THUREL ; elles peuvent survenir après un traumatisme même minime et présentent alors les caractères de causalgies post-lésionnelles. Le rôle du système sympathique est très controversé, pour certains, (THUREL, LERICHE), le sympathique est lui-même vecteur de cette douleur ; pour d'autres, en particulier les auteurs anglo-américains, le rôle du sympathique se limite à créer des troubles vaso-moteurs, la douleur est vectée par la voie cérébro-spinale.

Cependant un syndrome douloureux ne peut être isolé comme un syndrome clinique. La douleur est en effet un état conscient, un état affectif propre à chaque individu. On a décrit depuis longtemps le retentissement précoce des douleurs causalgiques sur le psychisme des malades, encore faut-il noter que de telles douleurs ne surviennent que chez un nombre restreint de sujets. On peut donc alors se demander quel est le rôle du terrain. Le "terrain mental d'accueil

de la douleur" joue en effet un rôle considérable dans leur évolution. Les douleurs peuvent être exacerbées, prolongées, voire créées de toute pièce par différentes composantes psychiques parmi lesquelles l'anxiété tient une place primordiale, alors que la lésion organique est minime, voire même disparue depuis longtemps.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : DECHAUME

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ALAJOUANINE et THUREL
Les algies faciales.
Journal Médical Français juin 1933

Algies cranio-faciales
Sem. Hôp. Paris - sept.1949

La douleur et les douleurs.
Clinique des maladies du système nerveux de la Salpétrière - Masson Edit. 1957

BARUK
Traité de Psychiatrie - Masson 1957

BARUK et RACINE
Contribution à l'étude des cénesthopathies. Rôle possible de certains facteurs vasculaires.
Revue Neurologique 1935

BATAILLE, DESCROZAILLES, MUNIER
Troubles réflexes et nerveux en stomatologie.
E.M.C. Stomatologie

P. CASTAIGNE
Algies vasculaires
La douleur et les douleurs
sous la Direction de Th. ALAJOUANINE
Masson 1957

DECHAUME

Précis de Stomatologie.
Masson 1959

Algies faciales et autres manifestations consécutives à un déséquilibre de l'articulé dentaire.
Presse Médicale - 21 mars 1951

DESCROZAILLES

Les algies bucco-faciales.
Actualité Odonto-stomatologique
n°15 - 1951

Conduite à tenir par l'odonto-stomatologiste devant une algie de la face.
A.O.S. n°33 - mars 1956

de SEZE

Douleurs faciales et douleurs craniennes.
Sem. Hôp. Paris 6 sept. 1950

GUILLAUME, SIGWALD, RIBADEAU - DUMAS

Les algies cranio-faciales.
Sem. Hôp. Paris 21 oct. 1947

HERMANN

Essai de classifications étiologique et pathogénique des algies faciales.
Revue odontologique, mai 1950, 72, n°5

H.R. KLOTZ

Psychoses liées à des endocrinopathies méconnues.
Semaine des Hôpitaux de Paris - n°35 mai 1953

LERICHE

Chirurgie de la douleur

L. MICHAUX
Les aspects psychiatriques de la douleur somatique.
La douleur et les douleurs
sous la direction de Th. ALAJOUANINE
Masson 1957

PECHER
Les algies faciales
Information dentaire - 13 mars 1949

RICARD, GIRARD
Des névralgies faciales atypiques, considérées comme prétendues sympathalgies, aux algies sympathicogéniques.
Sem. Hôp. Paris 22 oct. 1948

SIGWALD, PIOT
Les algies faciales.
E.M.C. - Neurologie tome II

THUREL
Névralgie faciale et alcoolisation du ganglion de Gasser
Masson 1942

La douleur en neurologie.
Masson 1951

WEIRTHEIMER
Neurochirurgie fonctionnelle.
Masson 1956

-:-

P L A N

-:-

pages

Introduction 19

Historique 21

Observations 23

Discussion 29

Diagnostic Différentiel 47

Conclusions 59

Bibliographie 61

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercie de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-